

ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПРОВЕРОЧНОГО ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Наталья Михайловна Корецкая, Артем Николаевич Наркевич

(Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра туберкулеза с курсом ПО, зав. – д.м.н., проф. Н.М. Корецкая)

Резюме. Проведен сравнительный анализ путей выявления, структуры клинических форм и характеристики специфического процесса у 1685 больных трудоспособного возраста, из которых 639 относились к организованному, а 1046 – к неорганизованному населению. У неорганизованного населения установлено более частое выявление туберкулеза легких при обращении с жалобами, связанное с нарушением декретированных сроков флюорообследования и с более тяжелой структурой клинических форм и характеристикой процесса. Доказана необходимость ежегодного проверочного флюорообследования неорганизованного населения трудоспособного возраста при сохранении кратности обследования организованного населения – 1 раз в 2 года.

Ключевые слова: туберкулез легких, активное выявление, сроки обследования, трудоспособное население.

OPTIMAL TERMS OF THE TESTING X-RAY EXAMINATION IN WORKING – AGE POPULATION

N.M. Koretskaya, A.N. Narkevich

(Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F.Voino-Yasenetsky)

Summary. A comparative analysis of ways of revelation, structure of clinical forms and characteristics of specific process was performed in 1685 working-age patients, 639 were organized and 1046 were unorganized population. More frequent incidence of pulmonary tuberculosis when addressing complaints, association with untimely X-ray examination and worse structure of clinical forms and peculiarities of the process was determined in unorganized population. It is proved that annual testing X-ray examinations in unorganized working – age population is necessary as well as in organized population – once in 2 years.

Key words: pulmonary tuberculosis, active revelation/detection, terms of examination, working – age population.

Для успешного противодействия распространению туберкулеза и организации противотуберкулезной работы очень важно определение охраны здоровья граждан как совокупности мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, санитарно-эпидемиологического и медицинского характера [14]. своевременное выявление больных туберкулезом органов дыхания – непереносимое условие надежного контроля распространения среди населения туберкулезной инфекции и успешного лечения больных [1,7]. В решении этой задачи основное место занимает проверочное флюорографическое обследование (ПФЛГО) населения, альтернативы которому в настоящее время нет [6,7]. Многие фтизиатры считают целесообразным осуществление селективного подхода к его проведению у определенных групп населения, в частности, с социальными и медицинскими факторами риска [4,5] и доказывают высокую эффективность и экономичность такого подхода [13]. Однако в литературе последних лет все чаще указывается на необходимость перехода к проведению ежегодных массовых ПФЛГО всему населению [8,10,11,12]. В этой связи определение кратности проведения ПФЛГО различным категориям населения, особенно трудоспособного возраста, является актуальной проблемой.

Цель работы: определение кратности проведения ПФЛГО организованному и неорганизованному населению трудоспособного возраста.

Материалы и методы

В разработку взяты данные обо всех впервые выявленных больных туберкулезом легких трудоспособного возраста (1685 человек), проходивших стационарное лечение в Красноярском краевом противотуберкулезном диспансере №1 в 2007-2009 гг. Критерием отбора для женщин являлся возраст от 18 до 55 лет, для мужчин – от 18 до 60. Анализировались пути выявления заболевания (ПФЛГО или обращение с жалобами), сроки предшествующего флюорографического обследования (ФЛГО), структура клинических форм и характеристика туберкулезного процесса (протяженность поражения, наличие распада и бактериовыделения). Больные были разделены на две группы: I-я (639 чел.) – организованное население, II-я (1046 чел.) – неорганизованное население.

Результаты исследования оценивались по критерию t Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Среди впервые выявленных больных трудоспособного возраста преобладали сельские жители (68,8±1,1%), мужчины (64,8±1,2%) и неорганизованное население (62,1±1,2%). Последний показатель по нашим данным был выше, чем в среднем по России [1]. Больные I и II групп по возрасту и полу не имели статистически значимых различий. Установлено, что удельный вес организованного населения среди впервые выявленных больных в городе был выше, чем в селе (47,0±2,2% против 33,8±1,4%; $p < 0,001$), что в полной мере отражает современную ситуацию, связанную со сложившейся структурой производственных отношений, общественно-

Таблица 1
Структура клинических форм и характеристика туберкулезного процесса у больных I-й и II-й групп (в %; M±m)

Клинические формы и характеристика процесса		Группы больных		p-II	
		I-я n=639	II-я n=1046		
Клинические формы	Первичный комплекс	0,2±0,2	0,2±0,1	>0,05	
	Диссеминированный	26,4±1,2	41,6±1,5	<0,001	
	Милярный	–	0,3±0,2	>0,05	
	Очаговый	10,8±1,2	4,9±0,7	<0,001	
	Инfiltrативный	55,2±2,0	43,1±1,5	<0,001	
	Казеозная пневмония	0,3±0,2	5,2±0,7	<0,001	
	Туберкулема	6,6±1,0	3,4±0,6	<0,01	
	Кавернозный	0,2±0,2	–	>0,05	
Характеристика процесса	Фиброзно-кавернозный	0,3±0,2	1,3±0,4	<0,05	
	Объем поражения легких	1-2 сегмента	50,4±2,0	28,4±1,4	<0,001
		Доля	22,4±1,6	22,0±1,3	>0,05
		Более доли в т.ч. тотальное поражение легких	27,2±1,8	49,6±1,5	<0,001
	Фаза распада	42,9±2,0	57,7±1,5	<0,001	
Бактериовыделение	27,2±1,8	47,4±1,5	<0,001		

политических структур и замены их новыми [3].

Анализ путей выявления заболевания показал, что у больных I-й группы доля активного выявления была значительно выше, чем во II-й (60,3±1,9% против 48,7±1,5%; p<0,001), что подтверждает литературные данные о трудности привлечения неорганизованного населения к ПФЛГО [2].

Сравнительная оценка структуры клинических форм туберкулеза легких у больных I-й и II-й групп установила выраженные ее различия (табл. 1). Так, у больных II-й группы наблюдался статистически значимо более высокий удельный вес таких форм как диссеминированная (41,6±1,5% против 26,4±1,2%; p<0,001), казеозная пневмония (5,2±0,7% против 0,3±0,2%; p<0,001), фиброзно-кавернозная (1,3±0,4% против 0,3±0,2%; p<0,05); реже диагностировался очаговый туберкулез (4,9±0,7% против 10,8±1,2%; p<0,001) (табл. 1). Более тяжелой структуре клинических форм у больных II-й группы в полной мере соответствовала характеристика процесса: значительно выше удельный вес поражений, захватывающих более доли легкого (49,6±1,5% против 27,2±1,8%; p<0,001), а доля тотального поражения обоих легких была в 2 раза выше, чем в I-й (соответственно 29,9±1,4% и 14,2±1,4%; p<0,001), и имела место у каждого третьего больного (табл. 1). Преобладание распространенных процессов отразилось как на частоте распада легочной ткани, так и на частоте бактериовыделения, показатели которых у больных II-й группы были значительно выше (табл. 1). Особенно обращает на себя внимание почти в 2 раза более высокий удельный вес бактериовыделителей среди больных II-й группы (47,4±1,5% против 27,2±1,8%; p<0,001). Следует отметить, что доказано наличие корреляционной связи между занятостью населения и заболеваемостью

Таблица 2
Сроки предыдущего ФЛГО у больных I-й и II-й групп (в %; M±m)

Сроки предыдущего ФЛГО	Группы больных		p-I-II
	I-я n=639	II-я n=1046	
До 1 года	11,4±1,3	6,6±0,8	<0,01
1 – 2 года	42,6±2,0	27,2±1,4	<0,001
2-3 года	20,8±1,6	22,8±1,3	>0,05
Более 3 лет	25,2±1,7	43,3±1,5	<0,001

лению заболевания (табл. 2), было установлено, что у организованного населения, по сравнению с неорганизованным, значительно выше удельный вес больных со сроками данно-

го обследования до 1 года, 1-2 года и в 1,7 раза ниже доля больных, не проходивших его более 3-х лет. Полученные данные свидетельствуют о более частом нарушении регулярности ПФЛГО неорганизованным населением, с чем в значительной мере связана более тяжелая структура клинических форм и характеристика процесса, что отмечено и другими авторами [15].

Установленные у больных I-й и II-й групп различия в сроках ФЛГО, предшествующих выявлению заболевания, явились предпосылкой для определения оптимальных сроков проведения ПФЛГО организованному и неорганизованному населению. С этой целью нами проанализирована структура клинических форм и характеристика процесса у больных I-й и II-й групп в зависимости от сроков ФЛГО, предшествующих выявлению туберкулеза легких (табл. 3).

Нами установлено, что в срок ФЛГО до 1 года у больных I-й и II-й групп в клинической структуре и в характеристике туберкулезного процесса различий не наблюдалось, а они появлялись в срок обследования от 1 до 2 лет. Так, в этот срок у неорганизованного населения, по сравнению с организованным, в структуре клинических форм отмечен больший удельный вес диссеминированного туберкулеза, казеозной пневмонии, меньший, – очагового, при отсутствии кавернозного, фиброзно-кавернозного и милиарного туберкулеза у больных обеих групп (табл. 3). Выраженные различия наблюдались и в характеристике процесса: у больных II-й группы при сроке ФЛГО от 1 до 2 лет констатирован более низкий удельный вес бисегментарных поражений, выше распространенных, захватывающих более доли легкого, и в 2 раза больше доля больных с тотальным поражением обоих легких; выше также удельный вес распада легочной ткани и бактериовыделения. Следовательно, удлинение сроков ФЛГО до двух лет у неорганизованного населения приводит к значительно более выраженным в сторону утяжеления изменениям структуры клинических форм и характеристики специфического процесса по сравнению с организованным.

Однако особенно различия проявлялись при сроке ФЛГО, превышающем 3 года. В этот срок во II-й группе больных, по сравнению с I-й, намного выше доля диссеминированного туберкулеза (46,4±2,3% против 28,6±3,6%; p<0,001), который занял I-е место в структуре клинических форм; значительно выше была и доля казеозной пневмонии (7,7±1,3% против 0,6±0,6%; p<0,001), фиброзно-кавернозного туберкулеза (2,9±0,8% против 0,6±0,6%; p<0,05). Во II-й группе больных происходило дальнейшее снижение доли ограниченных процессов, и она осталась более низкой по сравнению с I-й группой больных (21,9±1,9% против 40,4±3,9%; p<0,001). У

Таблица 3
Структура клинических форм и характеристика туберкулезного процесса у больных I-й и II-й групп в зависимости от срока предыдущего ФЛГО (в %; M±m)

Клинические формы и характеристика процесса		Сроки предыдущего ФЛГО								
		До 1 года		1 – 2 года		2 – 3 года		Более 3 лет		
		I-я гр. (n=73)	II-я гр. (n=69)	I-я гр. (n=272)	II-я гр. (n=285)	I-я гр. (n=133)	II-я гр. (n=239)	I-я гр. (n=161)	II-я гр. (n=453)	
Клинические формы	Первичный комплекс	–	–	–	–	–	0,8±0,6	0,6±0,6	–	
	Диссеминированный	28,8±5,3	29,0±5,5	25,7±2,7	38,2±2,9**	24,1±3,7	40,2±3,2***	28,6±3,6	46,4±2,3***	
	Милиарный	–	2,9±2,0	–	–	–	–	–	0,2±0,2	
	Очаговый	8,2±3,2	8,7±3,4	15,8±2,2	7,7±1,6**	4,5±1,8	4,6±1,4	8,7±2,2	2,6±0,8*	
	Инfiltrативный	58,9±5,8	52,2±6	54,8±3,0	48,1±3,0	58,6±4,3	46,4±3,2*	51,6±3,9	36,9±2,3**	
	Казеозная пневмония	–	2,9±2,0	–	3,9±1,1**	0,8±0,7	2,5±1,0	0,6±0,6	7,7±1,3***	
	Туберкулема	4,1±2,3	4,3±2,5	3,7±1,1	2,1±0,9	11,3±2,7	5,0±1,4*	8,7±2,2	3,3±0,8*	
	Кавернозный	–	–	–	–	–	–	0,6±0,6	–	
Фиброзно-кавернозный	–	–	–	–	0,8±0,7	0,4±0,4	0,6±0,6	2,9±0,8*		
Характеристика процесса	Объем поражения легких	1-2 сегмента	52,1±5,8	40,6±5,9	55,5±3,0	31,9±2,8***	51,1±4,3	33,1±3,0***	40,4±3,9	21,9±1,9***
		Доля	16,4±4,3	20,3±4,8	21,0±2,5	27,0±2,6	24,8±3,7	23,8±2,8	25,5±3,4	18,1±1,8
		Более доли в т.ч. тотальное поражение легких	31,5±5,4	39,1±5,9	23,5±2,6	41,1±2,9***	24,1±3,7	43,1±3,2***	34,2±3,7	60,0±2,3***
	Фаза распада	47,9±5,8	50,7±6,0	43,8±3,0	56,8±2,9**	36,8±4,2	51,9±3,2***	44,1±3,9	62,5±2,3***	
	Бактериовыделение	24,7±5,0	36,2±5,8	29,0±2,8	44,6±2,9***	24,1±3,7	41,8±3,2***	28,0±3,5	53,9±2,3***	

Примечание: p – значимые различия между группами в соответствующий срок ФЛГО: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

больных II-й группы удельный вес процессов, протяженностью более доли, был почти в 2 раза выше, чем в I-й (соответственно $60,0 \pm 2,3\%$ и $34,2 \pm 3,7\%$; $p < 0,001$), равно как и тотального поражения обоих легких ($37,1 \pm 2,3\%$ против $14,9 \pm 2,8\%$; $p < 0,001$). Следовательно, при сроке прохождения ПФЛГО более 3-х лет у больных II-й группы наблюдались значительно более тяжелые изменения структуры клинических форм и объема поражения легочной ткани, а такие больные требуют более длительного и дорогостоящего лечения [8]. Особого внимания заслуживают различия в частоте распада легочной ткани ($62,5 \pm 2,3\%$ против $44,1 \pm 3,9\%$; $p < 0,001$) и бактериовыделения ($53,9 \pm 2,3\%$ против $28,0 \pm 3,5\%$; $p < 0,001$) у больных II-й и I-й групп. Последний показатель указывает на в 2 раза большую эпидемиологическую опасность впервые выявленных больных туберкулезом легких из числа неорганизованного населения, что подтверждают и данные литературы [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов С.Е., Гунтупова Л.Д., Дергачев А.В. и др. Выявление и диагностика больных туберкулезом органов дыхания по данным системы эпидемиологического мониторинга // Туберкулез в России. Год 2007: Матер. VIII Росс. съезда фтизиатров. – М., 2007. – С.147-148.
2. Гайворонская Г.В. Причины несвоевременной диагностики туберкулеза легких в амбулаторно-поликлинической сети // Туберкулез в России. Год 2007: Матер. VIII Росс. съезда фтизиатров. – М., 2007. – С.148.
3. Гиреев Т.Г. Факторы социального риска и заболеваемость туберкулезом органов дыхания // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2008. – №4. – С.33-36.
4. Голубев Д.Н., Газизулина Г.Х. Организация выявления больных туберкулезом органов дыхания из групп повышенного риска // Туберкулез в России. Год 2007: Матер. VIII Росс. съезда фтизиатров. – М., 2007. – С.149.
5. Коноркина Е.А., Коломиец В.М. Эффективность провальных осмотров в группе повышенного риска туберкулеза – психические больные на принудительном лечении // Торакальная радиология: Силлабус междунар. конф. и школы врачей / Под. ред. проф. Тюрина И.Е. – СПб.: 2010. – С.209.
6. Морозова Т.И., Завалев В.И., Троицкий В.В. Программа выявления и лечения больных туберкулезом в Саратовской области // Пробл. туб. и болезней легких. – 2004. – №8. – С.19-20.
7. Научно-практическая конференция «Выявление больных туберкулезом» // Пробл. туб. и болезней легких. – 2007. – №5. – С.44-50.
8. Панченко И.Н., Гаврилов П.В., Арчакова Л.И. Значение сроков флюорографического обследования в выявлении различных форм и фаз туберкулеза легких (на примере Республики Коми) // Торакальная радиология: Силлабус

Таким образом, туберкулез легких у неорганизованного населения трудоспособного возраста чаще, чем у организованного, выявляется при обращении с жалобами, что связано с нарушением декретированных сроков прохождения ПФЛГО и с более тяжелой структурой клинических форм и характеристикой процесса. У неорганизованного населения трудоспособного возраста выраженные изменения в клинической структуре и характеристике процесса в неблагоприятную сторону происходят в более короткий, по сравнению с организованной частью населения, период (срок прохождения ПФЛГО от 1 до 2 лет). Эпидемиологическая опасность больных трудоспособного возраста из неорганизованного населения в 2 раза выше, чем организованного. Оптимальным сроком проведения ПФЛГО неорганизованному населению трудоспособного возраста является ежегодное обследование, организованному, – 1 раз в 2 года.

Междунар. конф. и школы для врачей / Под ред. И.Е. Тюрина. – СПб.: 2010. – С.220-221.

9. Подгаева В.А., Голубев Д.Н., Черняев И.А., Шулев П.Л. Влияние занятости населения на показатели, формирующие эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу на Урале // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – №1. – С.117-119.

10. Резолюция Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза», Москва, 17-18 июня 2009г. // Туб. и болезни легких. – 2009. – №9. – С.62.

11. Сапрыкина О.В., Животовский Б.Т., Стрельцова Е.Н., Сапрыкина Л.П. Клиническая структура туберкулеза у впервые выявленных больных в зависимости от сроков прохождения флюорографии // Астраханский мед. журнал. – 2008. – №2. – С.77-79.

12. Стерликов С., Богородская Е., Аксенова В. Выявление больных туберкулезом в учреждениях здравоохранения общей лечебной сети // Врач. – 2010. – №11. – С.73-77.

13. Хамракулов Р.Ш., Ходжаниязов Ф.Б. Роль цифровой флюорографии в раннем выявлении туберкулеза и неспецифической патологии органов дыхания в условиях Узбекистана // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом: Матер. Всеросс. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – СПб., 2010. – С.80-81.

14. Хантаева Н.С., Галимов С.А. Совершенствование нормативно-правовой базы противотуберкулезных мероприятий на региональном уровне // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – №5. – С.102-105.

15. Шоматов А.О., Кибисов В.М., Тхабисимова И.К., Тилова Л.А. Медико-социальные особенности впервые выявленных больных туберкулезом // Пробл. туб. – 2004. – №4. – С.14-16.

Информация об авторах: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1, КрасГМУ, кафедра туберкулеза с курсом ПО, тел. (391) 261-76-82, e-mail: kras-kaftuber@mail.ru, Корецкая Наталья Михайловна – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор; Наркевич Артем Николаевич – клинический ординатор

© ШУКИЛЬ Л.В. – 2011
УДК 681.3

ОПЫТ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА ПО СЕРТИФИКАЦИИ И КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Людмила Владимировна Шукиль

(Омская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.И. Новиков, кафедра организации здравоохранения ПДО, зав. – д.м.н., проф. Ю.В. Ерофеев)

Резюме. Представлен опыт работы Территориального Центра по сертификации и контролю качества лекарственных средств Омской области. Оценены ключевые направления деятельности, структура центра за последние годы.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, экспертиза качества медикаментов.

THE EXPERIENCE OF WORK OF REGIONAL CENTER FOR CERTIFICATION AND DRUG CONTROL IN OMSK REGION

L. V. Shukil
(Omsk State Medical Academy)

Summary. The experience of functioning the regional center for certification and drug control on Omsk region has been